



東京学芸大学リポジトリ

Tokyo Gakugei University Repository

終末期医療における医療ソーシャルワークの展望： 尊厳死・安楽死を想定した終末期医療のあり方

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 東京学芸大学教育実践研究推進本部 公開日: 2025-02-10 キーワード (Ja): 終末期医療, 尊厳死, 安楽死, アドバンス・ディレクティブ, アドバンス・ケア・プランニング, 医療ソーシャルワーク キーワード (En): End-of-Life Care (Terminal Care), Death with dignity, Euthanasia, Assisted dying, Advance Directive, Medical social work 作成者: 露木, 信介 メールアドレス: 所属: 東京学芸大学
URL	https://doi.org/10.50889/0002000873

終末期医療における医療ソーシャルワークの展望

—— 尊厳死・安楽死を想定した終末期医療のあり方 ——

露 木 信 介*

社会福祉分野

(2024年8月31日受理)

要 旨

本論文では、終末期医療を尊厳死や安楽死の視点から整理することで、終末期医療における医療ソーシャルワークの展望について考察することを目的とした。その結果、終末期医療では、(1) 患者の意思決定に関する課題、(2) 患者の意思決定を支持する家族に関する課題、(3) 患者の意思決定に関する多職種連携やチーム医療の課題があることが整理された。加えて、尊厳死や安楽死をめぐる国民的な議論が未成熟で、問題の社会化や法的整備が課題として挙げられた。

これらの課題に対し、終末期医療における医療ソーシャルワークでは、まず、患者の意思決定への支援では、患者の権利擁護の視点に立ち意思表示をサポートするとともに、医師や医療従事者、家族との意思疎通や伝達を可能とするコーディネート機能を発揮すること。次に、患者の意思決定を支持する家族への支援では、[患者の家族]と[代理意思決定者としての家族]といった二重の役割や立場などを持つ家族への支援が重要となり、医療ソーシャルワーカーは、尊厳死や安楽死を中心とした終末期医療を希望する患者や家族が直面する感情的な課題に対して、心理的サポートの提供やサポートグループの設立や運営の支援を行うこと。そして、患者の意思決定を可能とする医療チームへの支援では、医療ソーシャルワーカーの医療チームへのコーディネーション機能として、チームアプローチやカンファレンス、組織運営を行い、患者の意思をチームへと代弁するアドボカシー機能を発揮すること。さらに、患者の意思決定を可能とする土壌づくりでは、患者や家族、医療従事者を取り巻く医療施設や地域社会における尊厳死や安楽死に関する理解を深めるための啓蒙活動やソーシャルアクションが重要となることが考察された。

キーワード：終末期医療、尊厳死、安楽死、アドバンス・ディレクティブ、アドバンス・ケア・プランニング、医療ソーシャルワーク

1. はじめに

1. 1 研究の背景

1970年代以降、人工呼吸器や人工栄養などの普及に伴い、生命を維持することを目的とする生命維持治療（延命治療）が実施されるようになった。これに対し、延命治療は「無益な医療」であるとし、患者が自分らしく尊厳を持って死ぬ権利を尊重する終末期医療

の議論や検討がなされるようになった。終末期医療における「終末期」とは、(1) 複数の医師が客観的な情報をもとに、治療により病気の回復が期待できないと判断すること、(2) 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、(3) 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えることの3つの条件を満たす場合としている（公益社団法人全日本病院協会：

* 東京学芸大学 社会科学講座 社会福祉分野 (184-8501 東京都小金井市貫井北町4-1-1)

2016)¹⁾。また、この終末期の状態における治療の開始・継続・中断について、①生前の意思表示(リビングウィル)がある場合と、②生前の意思表示が不明確か、ない場合に分け、フォローチャートを作成している(公益社団法人全日本病院協会:2016)²⁾。近年では、終末期医療を直接規定する法律はないものの「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(改訂版)」(厚生労働省:2018)³⁾で、その倫理方針を定めており、現場レベルでも『人生会議』と称して、患者家族、医療従事者間でその機会の確保を促進している。本ガイドラインでは、医師などの医療従事者が患者や家族に適切なインフォームド・コンセントを行い、患者や患者の意思を推定しうる者となる家族などが多専門職種の医療・介護従事者で構成される医療・ケアチームと話し合いを行い意思決定することが重要であるとされている。

一方、終末期医療については、倫理的課題も残されている。倫理的課題とは、〈患者の死を早めることになる処置〉や〈死の自己決定〉をめぐる議論で、具体的には、患者本人の自由意志による意志決定と、それに基づく生命維持装置の不開始/差し替えは、生命維持装置を行えば延命が可能な患者に対して、それを行わないことであり、生命維持装置の中断は、既に行われている生命維持装置を中止することに対する「尊厳死」や「安楽死」の議論である。また、尊厳死や安楽死をめぐる論点を整理してみると、例えば、(1)「意思決定」や「生命の価値」、「倫理的義務」といった[倫理的な論点]、(2)「法的枠組の整備」「手続き等の透明性」「患者の意思確認」といった[法的な論点]、(3)「終末期医療(緩和ケア含む)」「診断の正確性」「医療従事者の負担感」といった[医療的な論点]、(4)「社会(グローバル/リージョナル/ナショナル/コミュニティ)の価値観」や「家族の負担感」、「経済的影響」といった[社会的な論点]などが挙げられる。このように、尊厳死や安楽死をめぐる論点は多岐にわたり、個人の権利と社会全体の価値観、医の倫理(医師/他専門職の倫理観含む)と法的な枠組み、家族の心理面や治療にかかる経済的な影響など多要素が複雑に絡み合っているといえる。

また、医療ソーシャルワーク領域においても、従来から臨牀的に取り扱ってきたテーマではあり、令和3年より順次導入されている「社会福祉士養成課程における教育内容等の見直し」の科目『保健医療と福祉』のカリキュラム改正において、保健医療に係る倫理(倫理的課題)で「尊厳死」が含まれるようになったが、終末期医療について、尊厳死や安楽死の観点から

の実践報告や研究はみられないのが現状である。実際、[尊厳死/医療ソーシャルワーク]について調べると、CiNii Articlesによる検索結果でも、医療ソーシャルワーク and/or ソーシャルワーク領域における[尊厳死]を主題とする論文はなかった。ただし、[安楽死]について、生死をめぐる意思決定と社会福祉の観点から、安楽死を遂げた日本人の社会構造的理理解に関する論文が唯一存在していた⁴⁾。しかし、当該論文は、安楽死をめぐる社会構造的理理解を目的とするものであり、ソーシャルワーク実践を取り扱った研究ではない。さらに、論者の臨床経験からも医療ソーシャルワーク領域における尊厳死や安楽死を中心とした終末期医療のソーシャルワーク実践のあり方については、常に問題意識を抱いてきた。

1. 2 研究の目的

そこで、本論文では、終末期医療の概念を尊厳死や安楽死の視点から整理することで、終末期医療における医療ソーシャルワークの展望について考察することを目的とする。なお、本論文で得られた知見は、のちの量的・質的研究の基礎資料とする。

2. 終末期医療の概念整理

ここでは、アドバンス・ディレクティブや尊厳死、安楽死に関する先行研究を吟味し、終末期医療の概念整理を行う。また、これに基づく終末期医療の課題についても整理する。

2. 1 アドバンス・ディレクティブ

尊厳死や安楽死、終末期医療を整理する前に、それを可能とするアドバンス・ディレクティブ(Advance Directive: AD)について整理する。アドバンス・ディレクティブとは、予め、将来判断能力を失った時に、自分に対する医療行為に関する意向を事前に意思表示しておくことや指示書^{註1)}のことである。この場合、①医療行為に関する医療者側への指示と、②自身で判断ができなくなった場合の代理決定者の委任などが想定されている。これにより、終末期医療における治療のあり方を患者自ら選択することが可能となる。そのため、尊厳死や安楽死、終末期医療を議論する際、アドバンス・ディレクティブは必須事項となる。しかし、アドバンス・ディレクティブは、自らの終末期の状態を想定し、事前に治療方針を検討し、治療の有無や方向性を意思決定し、リビング・ウィル(= Living Will: LW)やDNAR(= Do Not Attempt Resuscitate:

蘇生措置拒否)を作成, 決断するため, その困難さが課題とされている。また, アドバンス・ディレクティブは, 本人の「意思」や「意思決定」が重視されるため, 本人の参加が基本となるが, 認知症や知的, 精神障害など, 自らの考えや意思を表明することが困難な人々への意思決定支援の課題も挙げられる。この時, 本人の意思を推定しうる者となる家族等が代理意思決定者となることが想定されるが, 家族内で意見がまとまらないことや, 家族の下した判断が本人の意思を反映しているものなのか, などの課題も残る。さらに, 患者を取り巻く環境要因との影響において, どこまで患者本人が自由意志に基づく意思決定を行っているのか, また自らの死を自分で選択するといった尊厳死や安楽死をめぐる「死の自己決定」は許容されるのかといった倫理的な課題も挙げられる。

そこで, 近年注目されているのがACP (= Advance Care Planning : アドバンス・ケア・プランニング) である。日本では, 2018 (平成30) 年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン (改訂版)」⁵⁾ が改定され, ACPとは「人生の最終段階を迎えた患者や家族等や医師をはじめとする医療・介護従事者が最善の医療やケアを作り上げるプロセス」と解説している。その際, (1) 本人の意思の確認ができる場合, (2) 本人の意思の確認ができない場合, (3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置が必要となる場合の3つの状況に分けて整理されている。それぞれの状況において, 本ガイドラインでは, (1) 本人の意思の確認ができる場合は, ①医師等の医療従事者からの適切な情報提供と説明, ②本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定, ③時間の経過, 心身の状態の変化, 医学的評価の変更を想定すること, ④都度, 文章にまとめておくとしている。また, (2) 本人の意思の確認ができない場合は, ①家族等が本人の意思を推定できる場合には, その推定意思を尊重し, 本人にとっての最善の方針をとること, ②家族等が本人の意思を推定できない場合, 本人に代わる者として家族等と十分に話し合い, 本人にとって最善の方針をとること, ③都度, 文章にまとめておくとしている。さらに, (3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置が必要となる3つの場合は, ①医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合や, ②本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で, 妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意形成が得られない場合, ③家族等の中で意見がまとまらない時に, 医療・ケアチームとの話し合いの中

で, 妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合は, 院内の臨床倫理委員会などの複数の専門家からなる話し合いの場を設置することが示されている。このように, ACPでは, 「本人による意思決定」を前提とし, 「繰り返し話し合うプロセス」を基本概念としており, その際の留意点としては, (1) 本人の意思は変化しうるものであり, 医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること, (2) 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから, その場に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて, 事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること, (3) 病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインになるように配慮することを重視している。

以上より, 尊厳死や安楽死, 終末期医療の前提として, アドバンス・ディレクティブが重要であることが整理された。しかし, アドバンス・ディレクティブは, 事前の指示であるため, 終末期の状況を想定することの困難さや, 患者の意思決定のための意志表明や意思疎通, 意志伝達や, 患者本人の自由意思に基づく意思決定や自己決定, さらに自己決定が許容される範囲 (死の自己決定) などの課題があることがわかった。そこで, ACPが導入され, 日本では「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン (改訂版)」により, 人生の最終段階を迎えた患者や家族等や医師をはじめとする医療・介護従事者が最善の医療やケアを作り上げるプロセスを具体的方策として示している。よって, 尊厳死や安楽死, 終末期医療では, 「結果」に着目した意思決定 (支援) ではなく, 「プロセス」に着目した意思決定 (支援) が重要であることがわかる。

2. 2 日本における尊厳死と安楽死

2. 2. 1 日本における尊厳死

日本国内で「尊厳死」という言葉が使用されるようになったのは, 1981年にWMA (World Medical Association : 世界医師会) の「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」^{6) 7)} が起点とされる。本宣言の「原則10: 尊厳に対する権利 (Right of dignity)」では, 「できる限り尊厳を保ち, 安楽に (dignified and comfortable) 死を迎える権利」や, 「最新の医学知識に基づき苦痛を緩和される権利」を示されている。この原則に基づき, 日本でも, 急速に「尊厳死」という言葉が使われるようになった。尊厳死とは, 人生の終末期における医療において本人の希望や意思を受け入

れた上で、過度な生命維持治療は行わず、事前に死に向かうことであり、日本尊厳死協会⁹⁾では、〈尊厳死とは生きることの放棄ではなく、健やかに自分らしく生き、尊厳を保って安らかな最期を迎えるということ〉〈尊厳死を患者が「不治かつ末期」になったとき、自分の意思で延命治療をやめてもらい、安らかに、人間らしい死をとげること〉〈自分の意思で過剰な延命措置は断るが、心身の苦痛を取り除くための緩和ケアを十分に受けることは必須であること〉と定義している。

一方、日本において、尊厳死を直接規定する法律は存在しておらず、患者本人が真摯に死を望んでいたとしても、患者の要望に基づいて殺害し、または自ら命を断つのを介助する行為は、自殺関与・同意殺人罪(刑法第202条)¹⁰⁾に該当し、本人が死を望んでいたとは認められない場合は、殺人罪(刑法第199条)で処罰される。しかし、判例¹¹⁾では、苦しむのを長引かせないため、延命治療を中止して死期を早めるものを「消極的安楽死」と分類し、治療行為の中止として許容しており、事実上、条件付きもしくは、前提付きで尊厳死を容認している。また、日本尊厳死協会は、〈終末期での延命措置中止を選択する自己決定権は、憲法が保障する基本的人権の一つである幸福追求権(憲法第13条)に含まれるとの考えが一般的で、憲法を頂点に尊厳死を認める幾つかの司法判断がでており、法的に認められる〉という立場をとっている⁹⁾。

2. 2. 2 日本における安楽死

安楽死とは、人為的、能動的に死期を早め寿命を短くさせることで、日本尊厳死協会は〈命を積極的に断つ行為〉であり、安楽死を支持していない¹⁰⁾。また、日本において、尊厳死同様に、安楽死を直接規定する法律は存在しない。

しかし、1995(平成7)年3月27日の横浜地方裁判所判決(事件名:東海大学安楽死事件)¹¹⁾において、安楽死について、(1)消極的安楽死、(2)間接的安楽死、(3)積極的安楽死に分類している。それによると、(1)消極的安楽死とは、苦しむのを長引かせないため、延命治療を中止して死期を早めることとされ、(2)間接的安楽死は、苦痛を除去・緩和するための措置を取るが、それが同時に死を早めること、(3)積極的安楽死は、苦痛から免れさせるため意図的積極的に死を招く措置を取ることと説明している。また、本判決では、安楽死の手段が積極的・間接的・消極的のいずれであっても、治療行為中止は、〈①患者の死が避けられず死期が迫っていること、②治療行為中止の時

点で中止を求める患者の意思表示が存在すること、③中止の対象は、疾病治療、対症療法、生命維持など全ての措置が含まれるが、どれをいつ中止するかは決定は、自然の死を迎えさせるという目的に沿って行うこと〉、を実施の要件としている。さらに、本判決では、消極的安楽死は、治療行為の中止として許容され、間接的安楽死は、苦痛の除去・緩和を主目的とすることは治療行為の範囲内とみなすことができ、患者の自己決定権を根拠に許容されるとしている。一方、積極的安楽死は直接生命を絶つことを目的としているため、慎重に検討すべきであるとしている。そして、特に積極的安楽死(医師による末期患者に対する致死行為)については、許容される以下の4要件が示された。それは、〈①耐えがたい肉体的苦痛があること、②患者の死が避けられず死期が迫っていること、③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと、④生命の短縮を承諾する患者の明示の意思があること〉、である。なお、本判決では、積極的安楽死の許容要件が示されたものの、本人の明確な意思がないなどの理由から被告人の医師は有罪になっており¹¹⁾、これまでに日本国内において、積極的安楽死が許容され無罪となった判決はない。しかし、今後、本判決で示された要件が満たされる安楽死事件が発生した場合に、実際に許容されるのか議論が生じている。同様に、医療の現場でもこれらの要件をもとに積極的安楽死の手段を取ってよいのか迷いが生じていることがわかる。この際、患者から強く安楽死の要求があった場合、医療機関や医師、医療従事者が取るべき法的対応策が示されておらず、医療現場でその判断が委ねられている現状にある(実際は、安楽死を選択することはできない)。事実、本判決に係る「判決理由(事実の経過)」において、被告人の医師は〈医師の使命を思う考えと患者の熱心な気持ちを思う(家族の)考えとの間で悩み〉〈患者の意思に考えを及ぼさないではなかったものの、ともかく家族の強い希望があることからそれ(薬剤)を入れて、患者の嫌がっているという点滴やフォーリーカテーテルを外すなど治療を中止し、患者が自然の死を迎えられるようにしてやり、そのため患者の死期が多少早まってもよいのではないかと決意した〉とその苦悩を吐露している。また、本判決に係る「判決理由(量刑理由)」において、終末期医療における体制の不備や、チーム医療の機能の不十分さが指摘されている。

以上より、日本において、尊厳死や安楽死を直接的に規定する法律は存在しておらず、尊厳死・安楽死は合法化されていないが、判決によって、尊厳死や安楽

死の範囲や治療行為中止の要件が示されている。しかし、患者から強く安楽死の要求があった場合の処置については、医療機関や医師、医療従事者が取るべき法的対応策がないままに、医師や医療従事者による現場判断に委ねられているのが現状である。よって、日本において、尊厳死や安楽死は、当事者個人の問題であり、社会的問題としての認識が希薄であり、故に法的整備も不十分であると言える。

2. 3 安楽死をめぐる状況

オランダやベルギーは、安楽死と尊厳死を合法化した最初の国々である。オランダ^{12) 13) 14) 15)}は、1970年代からおよそ30年にわたって長い年月をかけて、安楽死に関する判例が積み重ねられ安楽死が議論されてきており、1984年にはオランダ最高裁において、患者の要請に基づき適切な医学的判断によって行われた医師の安楽死行為は免責される判決が出された。また、1990年には、Royal Dutch Medical Association（王立オランダ医師会）と司法省の合意によって、安楽死届出制度が始まり、2001年に「安楽死と自殺補助法 = Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act」が成立し、2002年より施行されている。さらに、2020年4月には、アドバンス・ディレクティブ（リビングウィル）があれば進行した認知症患者への安楽死を行った医師の行為が最高裁判決により免責され、「安楽死法 = Euthanasia Code」も修正された^{注5}。一方、ベルギー^{16) 17) 18)}においては、法的な安定性を目的に比較的短期間で「安楽死法 = The Belgian Act on Euthanasia of 28 May 2002」が施行された（2002年9月）。

また、国内外の患者が安楽死を求めて訪れるスイス^{19) 20)}は、法律により自殺補助が容認されている。事実、日本人の渡航による安楽死事例もある。しかし、スイスにおいては、刑法115条^{注6}の解釈によって〈利己的な動機が見られない場合は罰せられない〉として、医師による自殺補助が許容されているが、尊厳死法はない。そのため、スイスでは、「Dignitas」や「Exit」など^{注7}の支援団体・組織が自殺補助を提供しているが、倫理的な議論が続いているのが現状である。なお、アメリカの一部の州（例えば、オレゴン州、ハワイ州、ニューメキシコ州、カリフォルニア州など）も、安楽死法ではなく、医師等による自殺補助のみを容認している^{注8}。

近年の動向としては、2020年10月に、ニュージーランドで国民投票が行われ、賛成多数で「安楽死 = The End of Life Choice Act 2019」が合法化されること

になった（2021年11月7日発効）²¹⁾。このほか、2021年にスペイン国会において、「安楽死を容認する法 = Organic Law 3/2021, of March 24, regulating euthanasia」が可決、発効された。このように、2000年代後半以降、欧州の一部の国（例えば、ルクセンブルク）や、北米（カナダ）や大洋州（オーストラリアの一部の州）の一部の国々・地域等で、安楽死に関する法律が制定される事案が続いている^{22) 23)}。

最後に、前述してきた国々や地域における安楽死や医師等による自殺補助については、その詳細や手続きに違いがあるものの医師等の行為が患者の利益のためであること、あるいは判断能力のある患者が治療を拒否することは共通していることである。また、その行為については、医師等が致死薬を注射することなどによって、患者の命を直接的に終わらせる「積極的安楽死」と、医師らが薬物を処方したり、準備、提供したりすることによって、患者が自らそれを投与し、自殺を手助ける「医師等による自殺補助」に大別される。この行為のどちらか一方、もしくは両方を認める形で、各国や地域で安楽死を認めている。しかし、依然として、安楽死を法的に実施できる国々や地域は限定的で、日本をはじめとする大半の国や地域では、安楽死、自殺補助ともに違法とされている。また、WMA（World Medical Association：世界医師会）は、2019年10月の第70回トビリシ総会で採択した宣言の中で、〈積極的安楽死と医師の自殺補助には強く反対し、いかなる医師も、安楽死や自殺補助への関与を強制されるべきでない〉と明言している²⁴⁾。

以上、安楽死をめぐる状況を整理すると、安楽死について、(1) 安楽死（積極的安楽死と医師等の自殺補助・臨死介助も含む）を法的に規定している国・地域と、(2) 医師等の自殺補助・臨死介助の容認を安楽死の根拠とする国・地域、(3) 安楽死／医師等による自殺補助・臨死介助を認めていない国・地域があることがわかる。そして、安楽死（自殺補助・臨死介助を含む）を実施する国や地域は限定的で、日本をはじめとする大半の国々で安楽死（自殺補助・臨死介助含む）は依然として違法であることも分かった。また、安楽死や医師等による自殺補助・臨死介助を容認する国や地域においても、その条件として、医師等の行為が患者の利益のためであること、あるいは判断能力のある患者が治療を拒否することが前提となっている。

2. 4 終末期／終末期医療

終末期は、患者が不可逆的な病状にあり、治療によって生命を延長することが困難な状態で、病気が進

行し続け、生命の終わりが近いと予測される期間と説明ができる。よって、終末期は、具体的な時間の長さではなく、患者の状況によってその期間や時期は異なる。また、終末期については、(1) 急性型終末期、(2) 亜急性型終末期、(3) 慢性型終末期の3つに大別することができる(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会:2008)²⁵⁾。まず、(1) 急性型終末期とは、救急医療などが想定され、日本救急医学会²⁶⁾は、救急・集中治療における終末期を「集中治療室等で治療されている急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期」と定義し、〈①可逆的な全脳機能不全であると十分な時間をかけて診断された場合、②生命維持が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆の機能不全となり、移植などの代替手段もない場合、③その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現在の治療を継続しても近いうちに死亡することが予想される場合、④積極的な治療の開始後に回復不能な病気の末期であることが判明した場合〉、と示している。次に、(2) 亜急性型終末期は、その定義をすることは非常に難しいが、例えば、がん医療などを想定した場合、〈病状が進行して、生命予後が半年あるいは半年以内と考えられる時期〉〈緩和治療やケアが導入され死亡するまでの時期〉と捉えることができる。最後に、(3) 慢性型終末期は、高齢や植物状態、認知症医療などが想定され、日本老年医学会²⁷⁾は、〈病状が不可逆のかつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態〉と定義している。このように、急性型、亜急性型、慢性型それぞれの終末期があることが整理されたが、そこで施される治療や医療は延命治療や緩和ケアということになる。

まず、延命治療について整理してみると、延命治療は、代替療法^{註9)}から生命維持治療まで広汎に用いられる用語である。ここでは、生命維持治療を中心に整理するが、その場合、人工呼吸器や人工栄養などの生命維持処置を施すことによって、それをしない場合には短時間で死亡することが必至の状態を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のことに定義することができる。よって、延命治療においては、生命維持装置を施すか、否か、もしくは差し控えや中止に関する判断が重視され、終末期における延命治療では、患者やその家族の治療に対する構えといった意思が重要となる。

次に、緩和ケアについて整理してみると、WHO (World Health Organization:世界保健機構)によると、

〈Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. =緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである²⁸⁾と定義している。つまり、緩和ケアにおいては、患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題として捉えることで、医療従事者の客観的評価のみでなく、患者や家族の主観的な評価を重視していることがわかる。つまり、終末期における緩和ケアにおいても、患者やその家族の治療に対する構えといった意思が重要となる。

以上、終末期は、急性型、亜急性型、慢性型に大別され、そこで施される延命治療は、その行為が患者の利益のためであるということを前提とし、生命維持装置を施すか、否か、もしくは差し控えや中止に関する判断を患者自らが意思決定し、実施される医療であると整理できる。また、緩和ケアは、患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題として捉えることで、医療従事者の客観的評価のみでなく、患者や家族の主観的な評価を重視していることがわかる。よって、本論文では、終末期医療において重要なことは、尊厳死や安楽死の是非を論じるのではなく、患者や家族のアドバンス・ディレクティブやリビングウィルの機会の場や時間をいかに確保するかが論題となる。

2. 5 終末期医療の課題

これまでに整理してきたアドバンス・ディレクティブや、尊厳死・安楽死、延命治療や緩和ケアなどを中心に終末期医療の課題について列挙する。

まず、終末期医療の前提となる患者の意思決定に関する課題である。アドバンス・ディレクティブでは、患者が自らの終末期の状態を想定し、事前に治療方針を検討し、治療の有無や方向性を意思決定し、リビング・ウィルやDNARを作成、決断するため、その困難さが課題とされる。また、患者の意思決定支援については、①その意思表明や意思疎通、意思伝達への支援が必要な場合と、②終末期医療に伴うバイオ、サイ

コ、ソーシャル、スピリチュアルの衰えによるパワーレス状態の状況下で行われる自由意思に基づく意思決定への支援が必要となる場合がある。

次に、患者の意思決定を支持する家族への支援の課題である。「人生の最終段階における医療・ケア決定のプロセスに関するガイドライン（改訂版）」において、本人の意思の確認ができない場合は、家族等が本人の意思を推定できる時には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを前提とし、家族が代理意思決定者となる。終末期にある家族は、[患者の家族]として、〈体が温かい間は、生命維持装置に繋がれた状態でも・息さえあれば・最後の最後まで頑張っただけ〉〈何故ならばそれは、かけがえのない家族／パートナーだから〉という想いと、[代理意思決定者としての家族]として、〈医師からのインフォームド・コンセントも理解できるし、なにより、患者自身がこんな最期を望んでいたのか〉といった二重の役割や立場に葛藤する。論者の臨床経験では、[代理意思決定者としての家族]としては、医療従事者や親戚などからその役割を期待されていることを実感するなかで、〈代理意思決定者として、「まとも（社会的期待や行動様式をとらなければならない）」な判断をしなければいけない〉といったように現実的な役割遂行を求められる。一方、[患者の家族]としては、〈長生きしてほしい（一分一秒でも一緒にいたい）〉〈この人と離れたくない〉といったように、身内本来の役割を遂行していこうとする。このように、終末期にある家族は、二重の役割間の矛盾や立場から心理的な緊張状態になることがある。そして、このような心理的緊張状態にある家族は、医療ソーシャルワーカーとの面談で、〈患者と向き合うことが辛くなった〉〈患者の顔を直視できなくなった〉と、その複雑な心境を打ち明ける¹⁰。

最後に、患者の意思決定に関する多職種連携やチーム医療の課題である。実際、東海大学安楽死事件では、判決に係る「判決理由（量刑理由）」で、終末期医療における体制の不備や、チーム医療の機能の不十分さが指摘されている。また、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（改訂版）」において、医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合や、本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意形成が得られない場合、家族等の中で意見がまとまらず、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合な

ど、終末期医療においては、多職種連携やチーム医療が必要となる場面を想定している。しかし、その具体的な方策については示されておらず、患者の意思をチーム内でどのように取り扱い、その意思をどのように支援方針として合意形成していくのか、またその合意形成の手続きをどのように進めていくのか、といった課題が生じている。このように、終末期医療においては、体勢の不備や、各専門職が異なるバックグラウンドや専門的知識、技術、価値倫理に基づき終末期における患者の意思を捉えるため、その合意形成は困難となり、また合意形成過程において生じる倫理的ジレンマによって、チームが機能不全となるといった課題を抱えている。

以上、終末期医療における課題は、(1) 患者の意思決定に関する課題、(2) 患者の意思決定を支持する家族に関する課題、(3) 患者の意思決定に関する多職種連携やチーム医療の課題が挙げられた。加えて、日本において、尊厳死や安楽死は、当事者個人の問題であり、社会的問題としての認識が希薄であり、故に法的整備も不十分であると言え、今後の課題として、尊厳死や安楽死を社会的な問題として取り上げ、国民的な議論を進めることで、必要な法整備を行っていくことである。

3. 考察

ここでは、終末期医療の課題をもとに、(1) 患者の意思決定への支援、(2) 患者の意思決定を支持する家族への支援、(3) 患者の意思決定を可能とする医療チームへの支援、(4) 患者の意思決定を可能とする土壌づくりへの支援を整理することで、終末期医療における医療ソーシャルワークの展望を考察する。

3. 1 患者の意思決定への支援

患者の意思決定への支援において、①患者の意思表示や意思疎通、意思伝達への支援が必要な場合と、②終末期医療に伴うバイオ、サイコ、ソーシャル、スピリチュアルの衰えによるパワーレス状態の状況下で行われる自由意思に基づく意思決定への支援が必要となる場合がある。

まず、①患者の意思表示や意思疎通、意思伝達への支援が必要な場合、患者への病状説明とそれに基づく同意といったインフォームド・コンセントへの支援が重要となる。そこで、医療ソーシャルワーカーは、患者の権利擁護の視点に立ち意思表示をサポートするとともに、医師や医療従事者、家族との意思疎通や伝達

を可能とするコーディネーター機能を発揮する。この時、患者の適切なアセスメントが必要となり、患者と環境の相互作用に着目したシステム理解やストレングス視座、患者を多面的に捉えるBPSモデルや、患者の六側面理解の知識が必要となる（露木：2024）²⁹⁾。

次に、②終末期医療に伴うバイオ、サイコ、ソーシャル、スピリチュアルの衰えによるパワーレス状態の状況下では、患者は適切な判断をできず、意思決定プロセスで生じる「死の自己決定」を自由意思に基づく最終的な決定と結論づけてしまうことがある。しかし、医療ソーシャルワーカーは、その言葉の背後にある言葉に耳を傾け、患者の置かれた状況を的確に理解、評価することで患者の持つストレングスに着目すること、さらにストレングスを活用したエンパワメントを支援することが重要となる。終末期にある患者のストレングスは、真摯に生に向き合ってきた事実であり、生への希望であり、そのプロセスの中で得た経験や獲得であり、それを判断するための十分な情報や社会資源、人間関係である。また、患者のバイオ、サイコ、ソーシャル、スピリチュアルな衰えが、環境因子からの抑圧から生じていないかもアセスメントする必要がある。ましてや、それが偏見や差別、優生思想といった権利侵害による社会的抑圧であってはならない。よって、「死の自己決定」が、バイオ、サイコ、ソーシャル、スピリチュアルの衰えや抑圧によりそのストレングスやパワーが潜在化したままで、死（「死の自己決定」）を判断していないかをアセスメントすることが重要である。この時、医療ソーシャルワーカーは、オープンなダイアログを通してその揺れ動く、もしくは死に大きく傾いた患者の思いに耳を傾けることが重要である。ここで忘れてはいけないのは、〈一番辛いのは患者自身である〉ということであり、〈能動的に生と死への課題に取り組んでいる主体である〉ということである。つまり、患者が今まで取り組んできた「やり方」や「あり方」をあるがままに受容することから始まる。そして、患者は、「死」を口に、「死」を自らの意思として表明する時に、必ず倫理的ジレンマが生じる。医療ソーシャルワーカーは、この患者の倫理的ジレンマについても支援を行う。倫理的ジレンマの支援では、患者の意思や価値観を尊重しながら、最善のケアを提供することが重要となる。そのため、患者自身が尊厳死や安楽死、延命治療や緩和ケアなどの終末期医療に関する情報について、十分理解できるように支援し、患者自身の価値観や信念に基づいた意思決定ができるようにサポートする。さらに、患者の「死の自己決定」を結論と捉えるのではな

く、意思決定のプロセスの部分的判断であると捉え、「生か死か」といった二者択一や、「是か非か」といった二項対立のものではないと理解することが重要である。

3. 2 患者の意思決定を支持する家族への支援

患者の意思決定を支持する家族への支援については、[患者の家族]と[代理意思決定者としての家族]といった二重の役割や立場を持つ家族の理解が必要となる。終末期にある家族は、二重の役割間の矛盾や葛藤から心理的緊張感が生じる場合がある。この心理的緊張感は、周囲の期待と自分の期待とのズレから生じるため、医療ソーシャルワーカーは、家族が周囲（関係者）とオープンなコミュニケーションが取れるような機会を確保することで、家族に対する期待値を調整する役割を担う。また、[患者の家族]と[代理意思決定者としての家族]といった2つの役割や立場を持つ場合、それぞれの役割に対する優先順位を明確にすることが重要となる。この時、家族の価値観や目標に基づいて優先順位を整理することで、どちらの役割により多くのリソースを割くべきかが明確となる。同時に、家族の倫理的ジレンマへの対応も求められる。この時、患者自身への倫理的ジレンマ支援同様に、家族に対して、患者の現状に関する適切な情報提供と共に、尊厳死や安楽死、延命治療や緩和ケアなどの終末期医療に関する情報について、十分理解できるように支援し、患者の価値観や信念を反映した意思決定ができるようにサポートをする。

また、このような選択や決定に関する経験や体験、感情を共有する場を提供することも重要で、医療ソーシャルワーカーは、グループワークの活用も検討する。具体的には、ソーシャル・グループワークを用いた実践のほか、サポートグループの設立や運営の支援を行うことも必要となる。さらに、自助グループについての情報提供なども検討される。

3. 3 患者の意思決定を可能とする医療チームへの支援

多職種連携や協働を前提とする患者の意思決定を可能とする医療チームへの支援については、コーディネーション機能、アドボカシー機能が挙げられる。

まず、医療ソーシャルワーカーの医療チームへのコーディネーション機能については、チームアプローチやカンファレンス、組織運営の実践において用いられる。チームアプローチでは、各専門職やチームメンバーは異なるバックグラウンドや専門的な知識を持っ

ており、それぞれが自身の役割と責任を果たし、個々の強みを活かし、相互の補完性を高めることで、より効果的な成果を生み出すことが可能となるが、この過程においてコーディネーションの機能が用いられる(露木: 2024)³⁰⁾。また、カンファレンスでは、職種ごとの業務の特徴やアセスメント視点の違いやそこから生じるチームコンフリクトを理解するとともに、多職種連携に基づくチームアプローチにおいて、目標設定や役割分担、経過観察などの合意形成を行う際の技術としてコーディネーションが必要となる(露木: 2024)³¹⁾。このように、終末期医療における医療チームでは、多職種連携や協働を前提としているため、各専門職種間の調整や橋渡しが重要で、その役割を医療ソーシャルワーカーが担うことがある。さらに、組織運営の視点で考察した場合、病院内の組織や倫理委員会などの役割や合意形成の過程と方法を理解する際にもコーディネーションは必要となる機能・技術である。露木(2024)によると、〈コーディネーションは、組織内のリーダーシップとファシリテーションを支持する機能を持っており、組織全体の方向性を調整し、意思決定のプロセスを促進する。また、コーディネーションにおけるリーダーシップやファシリテーションは、代表者会議や倫理委員会、ミーティングなどを介して、情報共有や意見交換、意見の相違などをサポートする役割も担っている。さらに、組織の活動やプロジェクトの進捗状況をモニタリングし、エバリュエーション(事後評価)をする際の技術として、コーディネーションが必要となる。これにより、目標の達成度や効果の評価、課題の把握などを行い、必要な修正や改善策を導入することで、組織の成果や効率性の向上を実現することが可能となる〉と述べている³²⁾。

次に、医療チーム支援におけるアドボカシー機能である。患者の意思決定プロセスにおける「死の自己決定」について、この判断自体が、各専門職の倫理規定により医療チーム内で受け入れられない、もしくは非難や葛藤となる意思決定であるため、医療ソーシャルワーカーは、患者の権利擁護の視点に立って、「死の自己決定」を代弁する役割や機能を有している。勿論、医療ソーシャルワーカーの専門職倫理³¹⁾からも医療ソーシャルワーカーが死ぬことを容認し、それを支援することはないが、患者自身が苦しみながら出した「死の自己決定」を大切な意思として、チームやカンファレンスのテーマとして取り上げ、審議を提案する。この時重要なことは、「生きるか死ぬか」の二者択一や、それに対する「善か悪か」といった二項対立

の結論や結果でなく、「生きることの意味(それは同時に死ぬことの意味を考えることにつながる)」を模索し続けるといった、その過程である。また、各専門職が、支援の際に、疑問を抱き、戸惑い、悩んだ際は、いつでもチームで共有することができる体制づくりが重要となる。

最後に、医療ソーシャルワーカー自身の倫理的ジレンマに対する支援も重要となる。セルフコントロールが可能な場合も含め、終末期医療における医療ソーシャルワークでは、常に、スーパービジョンが必要となる。逆に、スーパービジョン体制が整っていない現場において、終末期医療における医療ソーシャルワークを実施してはならない。なぜならば、この体制が整っていない場合、医療ソーシャルワーカー自身が倫理的ジレンマに陥り、それが解消されない場合、患者への適切な支援ができなくなるだけでなく、医療ソーシャルワーカーのバーンアウトや離職へとつながる可能性があるからである。

3. 4 患者の意思決定を可能とする土壌づくりへの支援

患者の意思決定を可能とする土壌づくりへの支援とは、患者や家族、医療従事者を取り巻く医療施設や地域社会における尊厳死や安楽死に関する理解を深めるための啓蒙活動やソーシャルアクションである³³⁾。日本においては、尊厳死や安楽死以前に、「死」自体を話題にすることがタブー視されている。そこで、「死」や「生」に対する話題や議論を社会的に促進する風土づくりが重要となる。また、地域や地域住民の意識改革に基づく土壌や風土づくりのプロセスがソーシャルアクションであり、医療ソーシャルワーカーは、地域や社会に働きかけていく。そして、患者の「死の自己決定」は、他者や社会から非難される意思と見做されるため、医療ソーシャルワーカーは、患者の権利擁護の視点に立って、権利侵害が生じる危険性に対する予防的対応と、権利侵害がすでに生じている状態への事後的対応が求められる。事後的対応については、権利侵害された状態の個人に対して、個別に、権利侵害状態からの回復を支援するものであり、保護や分離など強い措置が求められる場合もある。一方、予防的対応については、何もはたらきかけをしないしていると、権利侵害がなされる可能性(危険性)の高い個人に対して事前に行う支援であり、即応できる体制づくりが重要となり、前述のような適切な患者理解(アセスメント)が求められ、必要に応じて、制度やサービスを活用する。また、この支援体制は、継続的、総合的なも

のとなる。さらには、連携や協働の構築や体制づくりも重要となる。つまり、患者の意思決定を可能とする土壌づくりが重要となる。その第一歩は、国民が広く「死」や「生」に対して議論できる風土づくりであり、学校や家庭、地域における機会の確保が重要となる。

4. おわりに

4. 1 本論文のまとめ

本論文では、アドバンス・ディレクティブや、尊厳死、安楽死を中心に、緩和ケアや延命治療を整理することで、終末期医療の現状や課題について明らかにした。それによると、終末期医療では、①患者の意思決定に関する課題、②患者の意思決定を支持する家族に関する課題、③患者の意思決定に関する多職種連携やチーム医療の課題があることがわかった。加えて、安楽死や尊厳死への社会的問題としての認識が薄薄であり、故に法的整備も不十分であるといった課題も挙げられた。これらの課題をもとに、(1) 終末期医療における医療ソーシャルワークの患者の意思決定への支援では、患者の権利擁護の視点に立ち意思表示をサポートするとともに、医師や医療従事者、家族との意思疎通や伝達を可能とするコーディネート機能を発揮すること。また、(2) 終末期における医療ソーシャルワークの患者の意思決定を支持する家族への支援では、[患者の家族]と[代理意思決定者としての家族]といった二重の役割や立場などを持つ家族への支援が重要となり、医療ソーシャルワーカーは、尊厳死や安楽死を中心とした終末期医療を希望する患者や家族が直面する感情的な課題に対して、心理的サポートの提供やサポートグループの設立や運営の支援を行うこと。さらに、(3) 患者の意思決定を可能とする医療チームへの支援では、医療ソーシャルワーカーの医療チームへのコーディネーション機能として、チームアプローチやカンファレンス、組織運営を行い、患者の意思をチームへと代弁するアドボカシー機能を発揮すること。最後に、(4) 患者の意思決定を可能とする土壌づくりへの支援では、患者や家族、医療従事者を取り巻く医療施設や地域社会における尊厳死や安楽死に関する理解を深めるための啓蒙活動やソーシャルアクションが重要となること、が考察された。このように、終末期における医療ソーシャルワークでは、患者や家族といったミクロレベルのみにとどまらず、集団やグループ、多専門職や医療機関・組織などのメゾレベル、地域や社会などのマクロレベルに介入することが重要である。また、各レベルで生じる倫理的ジレンマ

に対しても介入することが求められている。

4. 2 本論文の限界や課題

本論文の限界と課題としては、本研究が文献による用語や概念の整理にとどまっていることを研究の限界とし、因子分析などを用いた終末期医療や尊厳死、安楽死の構成要素の分析(定義)や、インタビュー調査などを用いた医療ソーシャルワーク領域にける終末期医療に対する実践に関する調査を今後の課題とする。よって、本論文は、それらの調査研究の基礎的な資料となるものである。

なお、本論文は、尊厳死や安楽死の是非や延命治療の可否を論点とするものではない。

注

- 1 最期を迎えうる重篤な病状の患者と家族が医師や看護師などと対話を重ねたうえで、治療中止ありきではなく患者の希望する治療やケアを探り、その結果を医師等が文書化し、緊急時にも患者の希望が尊重される仕組みとして「POLSET (=Physical Orders for Life-sustaining Treatment) : 生命維持治療に関する医師による指示書」がある。
- 2 個別には、人をそそのかして自殺させる自殺教唆罪、自殺の補助をしたことによる自殺補助罪、被殺害人の承諾・囑託を受けてその人を殺害する囑託殺人罪、承諾殺人罪(同意殺人罪)がある。
- 3 横浜地裁・平成4年(わ)第1172号の東海大学安楽死事件における平成7年3月28日の判決による。
- 4 刑法第199条の殺人罪(懲役2年、執行猶予2年)で、積極的安楽死の4要件のうち、①耐えがたい肉体的苦痛及び④生命の短縮を承諾する患者の明示の意思がかけられていることから容認されるものではなく、違法性があると判断された。また、③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないことについても同様であると判断された。
- 5 オランダ政府は、「Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request in the Netherlands (=https://-www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request)」で安楽死等に関する詳細な解説を行っている。
- 6 スイスの刑法による自殺教唆および補助は以下の通りである。Article 115 of the Swiss Criminal Code reads: Inciting and assisting suicide: Any person who for selfish motives incites or assists another to commit or attempt to commit suicide shall, if that other person thereafter commits or attempts

- to commit suicide, be liable to a custodial sentence not exceeding five years or to a monetary penalty. (= 殺教唆および幫助: 利己的な動機で他人を自殺させるか自殺を企てるよう教唆または幫助した者は、その後その人が自殺するか自殺を企てた場合、5年以下の懲役刑または罰金刑に処せられる)。
- 7 Dignitas <https://www.dignityindying.org.uk> や Exit <http://www.exitinternational.net> などの団体。
- 8 アメリカ合衆国では、自殺 (= suicide) や自殺幫助 (= Assisted suicide) ではなく、臨死介助 (= aid-in-dying) といった用語を使用することが多い。カリフォルニア州やモンタナ州、ニュージャージー州がその例である。
- 9 がんや心臓病、アルツハイマー病に対する代替医療を延命治療として取り扱う場合もあり、即死に至るような病状でない場合も使用されることがある。
- 10 論者が、医療ソーシャルワーク臨床をしていたときに、終末期にある家族から訴えられた言葉である。
- 11 ソーシャルワークの倫理綱領において、その原理で「人間の尊厳」や、倫理基準で「クライアントの関係」や「クライアントの利益の最優先」などを挙げ、その生命の尊重を規定している。

参考文献

- 1) 公益社団法人全日本病院協会 (2016) 『終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために (平成28年11月)』。
- 2) 前掲1)。
- 3) 厚生労働省 (2018) 『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン (改訂版)』。
- 4) 村上武敏 (2024) 「生死をめぐる意思決定と社会福祉: 『安楽死を遂げた日本人』の社会構造的な理解をふまえて」『社会福祉学部論集 (20)』, 佛教大学社会福祉学部, 19-40。
- 5) 前掲3)。
- 6) 日本医師会 (2015) 「WMA DECLARATION OF LISBON ON THE RIGHTS OF THE PATIENT: 患者の権利に関する WMA リスボン宣言 (2015年4月, ノルウェー, オスロにおける第200回 WMA 理事会で再確認)」 <https://www.med.or.jp/doctor/international/wma/lisbon.html> (2024.8.26)。
- 7) World Medical Assembly (2015) 「WMA DECLARATION OF LISBON ON THE RIGHTS OF THE PATIENT (Reaffirmed by the 200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015)」 <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/> (2024.8.26)。
- 8) 日本尊厳死協会 (2024) <https://songenshi-kyokai.or.jp> (2024.8.26)。
- 9) 前掲8)。
- 10) 前掲8)。
- 11) 横浜地判平成7年3月28日 (平成4年(わ)第1172号)。
- 12) The British Medical Association (2024) 「Physician-assisted dying legislation around the world」 <https://www.bma.org-uk/media/6706/bma-where-is-pad-permitted-internationally.pdf> (2024.8.26)。
- 13) 田中美穂, 児玉聡 (2021) 「諸外国の安楽死に関する法制度・データ概況 Ver.1」, 『リサーチレポート No.117』日本医師会総合政策研究機構。
- 14) 甲斐克則 (2014) 「特集 終末期の意思決定: 死の質の良さを求めて オランダの安楽死の現状と課題」『理想』692, 18-29。
- 15) 盛永審一郎 (2016) 「第2章ベルギーにおける終末期医療における法的状況」盛永審一郎監修『安楽死法: ベネルクス3国の比較と資料』東信堂, 37-55。
- 16) 前掲12)。
- 17) 前掲13)。
- 18) 本田まり (2016) 「第2章オランダ安楽死法の内容と実態」盛永審一郎監修『安楽死法: ベネルクス3国の比較と資料』東信堂, 5-36。
- 19) 前掲12)。
- 20) 前掲13)。
- 21) New Zealand Government (2021) 「Version as at 28 October 2021 (End of Life Choice Act 2019)」 <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/DLM7285905.html> (2024.8.26)。
- 22) 前掲12)。
- 23) 前掲13)。
- 24) 公益社団法人日本医師会「世界医師会 (WMA) トビリシ総会の件」2019年10月30日 定例記者会見資料 https://www.med.or.jp/dl-med/teireikai/20191030_2.pdf (2024.8.26)。
- 25) 日本学術会議 臨床医学委員会終末期医療分科会 (2008) 「対外報告 終末期医療のあり方について - 亜急性型の終末期について (平成20年 (2008年) 2月14日)」 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/d1/s1027-12g.pdf> (2024.8.26)。
- 26) 日本救命医学会 (2014) 「救命・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言」 https://www.jaam.jp/info/2014/pdf/info-20141104_02_01_02.pdf (2024.8.26)。
- 27) 日本老年医学会 (2012) 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012」『日本老年医学会雑誌』49 (4), 381-86。
- 28) WHO (2002) 「Definition of Palliative Care」 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

(2024.8.26).

29) 露木信介 (2024) 「第4章8. コーディネーション」福祉臨床シリーズ編集委員会編『新・社会福祉士シリーズ21 ソーシャルワーク演習 (社福専門)』弘文堂, 113-118.

30) 前掲29).

31) 前掲29).

32) 前掲29).

33) 露木信介 (2024) 「第4章12. ソーシャルアクション」福祉臨床シリーズ編集委員会編『新・社会福祉士シリーズ21 ソーシャルワーク演習 (社福専門)』弘文堂, 139-146.

Prospects of Medical Social Work in End-of-Life Care and/or Terminal Care:

End-of-Life Care in the Context of Euthanasia/Assisted Dying and Death with Dignity

TSUYUKI Shinsuke*

Social Work

(Received for Publication; August 31, 2024)

Abstract

This study aimed to propose the outlook for medical social work in end-of-life care and/or terminal care by clarifying the concept of end-of-life care from the perspective of euthanasia and death with dignity. As a result, it became clear that there are three issues in end-of-life care: 1) issues related to the patient's decision-making, 2) issues related to the family who supports the patient's decision-making, and 3) issues related to multi-disciplinary collaboration and team care regarding the patient's decision-making. In response to these issues, medical social work supports patient's decision-making in end-of-life care, supporting the expression of intention from the viewpoint of protecting patient's rights, as well as improving communication with doctors, medical professionals, and families. Next, when it comes to support for families who support patient's decision-making in medical social work at the end of life, it is important to provide support to families who have dual roles and positions, such as [patient's family] and [family as surrogate decision-maker]. As Medical social workers then provide psychological support and establish and manage support groups to address the emotional challenges families face. Then, to support the medical team, medical social workers perform coordination functions for the medical team, such as team approach, conferences and organizational management, as well as advocacy functions, representing the patient's wishes or/and wills to the team. Furthermore, it was considered that educational activities and social actions to deepen understanding of euthanasia and euthanasia are important.

Keywords: End-of-Life Care (Terminal Care), Death with dignity, Euthanasia, Assisted dying, Advance Directive, Medical social work

* Tokyo Gakugei University (4-1-1 Nukuikita-machi, Koganei-shi, Tokyo, 184-8501, Japan)